

Universidad de Costa Rica
Facultad de Odontología

HIPERPLASIAS INFLAMATORIAS

Práctica Dirigida y Supervisada
Hospital México

Soraya Fonseca Corrales

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

1982

TRIBUNAL EXAMINADOR

Dr. Rodolfo Tabash (Director)

Dr. Marco A. Guillén

Dr. Alejandro Marín

DEDICATORIA

A mis padres, que con mucho amor y sacrificio han hecho posible la conclusión de mis estudios.

A Carlos Enrique, mi esposo, de quien he recibido cariño, ayuda y comprensión.

INDICE

	Nº pag.
I- Introducción	1
II- Granuloma piógeno	4
2.1- Características clínicas	4
2.2- Edad y sexo predominante	5
2.3- Características histológicas	7
2.4- Etiología	7
2.5- Tratamiento	8
III-Granuloma Reparativo Periférico de Células Gigantes	9
3.1- Características Clínicas	9
3.2- Características histológicas	12
3.3- Etiología	12
3.4- Características radiográficas	13
3.5- Tratamiento	13
IV- Tumor del embarazo	14
4.1- Localización	14
4.2- Características clínicas	14
4.3- Etiología	15
4.4- Características histológicas	15
4.5- Tratamiento	15
V- Hiperplasia Papilar Inflamatoria	17
5.1- Etiología	17
5.2- Características clínicas	18
5.3- Características histológicas	19
5.4- Tratamiento	19
VI- Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	20
VII-Fibroma	22
7.1- Características clínicas	22
7.2- Características histológicas	22
7.3- Tratamiento	23
VIII-Epulis Fisurado	25
8.1- Características histológicas	25
8.2- Tratamiento y pronóstico	25

IX-	Pulritis Crónica Hiperplásica	27
	9.1- Características clínicas	27
	9.2- Características histológicas	28
	9.3- Tratamiento	28
X-	Papiloma	29
	10.1- Características clínicas	29
	10.2- Características histológicas	29
	10.3- Tratamiento	30
XI-	Reporte de Casos Clínicos	31
	11.1- Primer caso clínico	32
	11.2- Segundo caso clínico	35
	11.3- Tercer caso clínico	37
	11.4- Cuarto caso clínico	39
XII-	Bibliografía	42

INTRODUCCION

HIPERPLASIAS INFLAMATORIAS

La denominación hiperplasia se refiere al aumento de tamaño de los tejidos o de un órgano producido por el aumento de la cantidad de sus componentes celulares.

El término HIPERPLASIA INFLAMATORIA se utiliza muchas veces para describir una serie de crecimientos nodulares muy diversos de la mucosa bucal, que histológicamente parecen formados por tejido de granulación inflamatoria. Según el grado en que intervengan uno o más de los componentes de la reacción inflamatoria y de la respuesta curativa de la lesión, así, la semejanza entre estos agrandamientos será mayor o menor; de esta manera, algunas hiperplasias parecen ser crecimientos epiteliales con poco estroma conectivo, otros son fibromatosos con revestimiento epitelial mínimo, y pueden presentar características angiomasos, desmoides (colágena) o fibroblástica.

Este agrandamiento gingival puede ser consecuencia de alteraciones crónicas o agudas. Las primeras son la causa más común, como por ejemplo las causadas por irritantes tales como dentaduras mal adaptadas, cálculos, restauraciones dentales desajustadas, etc. De modo que estas hiperplasias no tienen su causa en las células mismas, sino en una irritación de origen extracelular; cuando se elimina este agente irritante el crecimiento se detiene, aunque la tumoración puede ser que sobreviva a la irritación.

Estos agrandamientos generalmente quedan sometidos a traumatismos masticatorios continuos, y frecuentemente presentan úlceras y hemorragias. El aspecto tumoral y de color que va de

rojo a púrpura es causado en parte por la dilatación de los vasos sanguíneos, los exudados inflamatorios agudos o crónicos y por los abscesos localizados.

La hiperplasia inflamatoria de la mucosa bucal raramente produce reabsorción ósea, por lo cual cuando esta se presenta, se debe sospechar que se trata de una lesión maligna, y se debe incluir una porción de hueso afectado con la muestra de la biopsia.

Detalle importante a destacar es la inaptitud para la encapsulación, esta es una de las características más llamativas y más importantes de los tumores hiperplásicos. Expresa el hecho de que estos tumores crecen por transformación progresiva de los tejidos, lo cual los distingue de las neoplasias benignas que sí son encapsuladas.

Un hecho que confirma la índole benigna de estas lesiones es que siempre que se suprime el irritante crónico al tiempo de extirpar la lesión, será suficiente para que la mayor parte de estas tumoraciones no recidiven.

La diferenciación de estas lesiones con el carcinoma y el sarcoma no siempre resulta fácil por la clínica ni por la histología, y el cirujano puede estar justificado estirpando un bloque de tejido que rodea la lesión en lugar de intentar solamente cortar el crecimiento.

Entre las hiperplasias inflamatorias están:

- 1- Granuloma piógeno
- 2- Tumor Reparativo de Células Gigantes Periférico
- 3- Tumor de Embarazo
- 4- Hiperplasia Papilar o Papilomatosis

- 5- Hiperplasia Seudoepiteliomatosa
- 6- Hiperplasias Inflammatorias Fibrosas:
 - a- Fibroma Clínico
 - b- Epulis Fisuratum
 - c- Pólipo Pulpar
 - d- Papiloma.

GRANULOMA PIÓGENO

El término de Granuloma Piógeno fué introducido por Hartzell en 1904 para describir un tumor benigno que aparece en la piel y mucosas.

Características Clínicas

Es un tumor hemorrágico, se presenta generalmente aislado, pedunculado o sésil, que puede tener una superficie ya sea lisa o lobulada. Por estar sumamente vascularizado es de color rojo oscuro. Son duros, indoloros y no se dejan comprimir.

El carácter clínico notable y casi patognomónico es que el nódulo alcanza un volumen relativamente grande en muy breve tiempo, por lo regular una semana, luego permanece estático por un tiempo indefinido.

Su tamaño varía de 5mm a 1 ó 2 cm.

Cerca del 65% de estas lesiones están ulceradas en parte o en casi su totalidad, un exudado fibrinoso cubre la zona ulcerada.

Localización: aproximadamente el 75% de estas lesiones afectan la encía. El porcentaje restante se distribuye en orden descendente de frecuencia en mejillas, labios, lengua, pliegue mucobucal y frenillo.

Las lesiones gingivales son más comunes en el maxilar, 56% que en la mandíbula, 44%; en la superficie bucal más que en la lingual y en la parte anterior más que en la posterior. Con excepción del área lingual correspondiente a las molares infe-

riores, las lesiones aparecen en toda la zona de la encía.

Edad y sexo predominante:

Es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres.

En un estudio de granuloma piógeno en el cual Kerr afirmó que el grupo cronológico no tiene importancia en la incidencia de los casos, se vieron lesiones en criaturas muy pequeñas y en personas ancianas sin predilección aparente.

Ver siguiente tabla:

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES CLINICAS EN EL GRANULOMA PIGGEO

	Nº	%
TOTAL DE CASOS	103	100
<u>Varones</u>	27	26
Promedio de edad: 30 años		
Límites cronológicos		
> 10 años	4	
11-12	7	
21-30	2	
31-40	7	
41-50	4	
51-60	2	
61-70	0	
70	1	
<hr/>		
<u>Mujeres</u>	76	74
Promedio de edad: 29 años		
Límites cronológicos:		
> 10 años	9	
11-20	18	
21-30	20	
31-40	8	
41-50	6	
51-60	5	
61-70	4	
70	2	

Localización

Encía Superior		
segmento:		
1-3.....	19	
4-5.....	10	
6-8.....	11	
Encía inferior		
segmento:		
1-3.....	16	
4-5.....	7	
6-8.....	3	
Faladar	3	
Lengua	3	
Labio	4	
Mucosa vestibular	7	

Datos de la Universidad de Indiana, Escuela de Odontología,
Departamento de Patología Oral.

Características histológicas

El epitelio suprayacente, si existe, suele ser fino y atrófico, pero puede ser hiperplásico. Si la lesión es ulcerada muestra un exudado fibrinoso, de espesor variable sobre la superficie. Los rasgos más destacados son la existencia de numerosos espacios vasculares tapizados por endotelio y la gran proliferación de fibroblastos y células endoteliales brotantes.

Además, suele haber una infiltración moderadamente intensa de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos, pero esto dependerá de la presencia o ausencia de ulceración. El estroma de tejido conjuntivo es típicamente delicado, aunque con frecuencia se observan fascículos de fibras colágenas que cruzan la masa de tejido. Si no se extirpa quirúrgicamente la lesión hay una obliteración gradual de los numerosos capilares y asume un aspecto más fibroso.

Tanto clínicamente como microscópicamente la lesión vieja se asemeja a un pólipo fibroepitelial y a un fibroma típico, y es probable que muchos de los llamados fibromas intraorales sean granulomas piógenos curados.

No hay producción neta de pus, a pesar del nombre corriente que se le da a la lesión.

Hay datos indicando que el granuloma piógeno, (lo mismo que el tumor del embarazo) pueden madurar, disminuir su vascularización y aumentar su colágeno, convirtiéndose gradualmente en un épulis fibroso.

Etiología

La etiología es desconocida. El granuloma piógeno fué to-

lado en otro tiempo por una infección botriomicótica, que es una infección equina. Sin embargo, por el hecho de que está compuesto esencialmente de tejido de granulación se cree que la lesión representa alguna reacción exagerada de los tejidos a algún traumatismo local.

Estas lesiones no aparecen en bocas que se presentan escrupulosamente libres de la menor irritación gingival.

La irritación crónica localizada de estas lesiones puede ser difícil de identificar, pero el hecho de que suelen localizarse cerca del borde gingival sugiere que constituyen irritantes importantes los cálculos y los bordes colgantes de restauraciones dentales, que deben eliminarse al extirpar la lesión.

Este érpulis se asoció con el acúmulo de alimentos que se desarrolla después de haberse perdido el primer molar inferior.

Agentes específicos tales como hongos y estafilococos se han propuesto como agentes causantes. También se ha propuesto que la influencia hormonal juega un papel etiológico en el desarrollo de esta hiperplasia.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica de la lesión y suprimir el factor irritativo local.

El 16% de estas lesiones recidivan después de la extirpación.

GRANULOMA REPARATIVO PERIFERICO
DE CELULAS GIGANTES

Se ha descrito a través de los años bajo una diversidad de términos. Ello es indicio de la confusión que ha suscitado en general y aún hoy no hay un acuerdo universal sobre la verdadera naturaleza de la lesión. Los primeros estudiosos creyeron que el granuloma reparativo periférico era una verdadera neoplasia, pero la mayoría de los investigadores modernos sostienen el punto de vista de que es una respuesta proliferativa inusitada de los tejidos a los traumatismos.

Recientemente ha vuelto a tomar énfasis el papel de los traumatismos en algunos investigadores, que estiman que posee una importancia considerable en la etiología de estas lesiones. El principal causante de trauma es la extracción dental, aunque también pueden tener significación otros factores como la irritación por dentaduras o una infección crónica simple.

Características clínicas

Puede variar considerablemente su aspecto clínico. Aparece siempre en las encías o proceso alveolar y se presenta como una lesión pedunculada o sésil que parece surgir de una profundidad mayor de los tejidos que otras lesiones superficiales de esta zona, como el fibroma o el granuloma piógeno, a cualquiera de las cuales puede parecerse clínicamente. Así, parece surgir del periodonto o del mucoperiosteo. También es muy variable en tamaño, pero suele tener entre 0.5 y 1.5 cm. de diámetro. Lo más frecuente es que sea de aspecto rojo oscuro, vascular y hemorrágico, y es común que presente una ulceración en su superficie.

En el paciente edéntulo, la lesión puede presentarse como una tumefacción vascular, ovoidea o fusiforme de la cresta del reborde, rara vez de más de 1 ó 2 cm de diámetro. O puede haber una masa granular de tejido que parece surgir de la mucosa que recubre las vertientes del reborde. El color de estas lesiones varía, pero puede ser similar al de las lesiones en los pacientes dentados. La ulceración es menos común en los pacientes desdentados.

No parece haber diferencia notable entre la distribución del granuloma reparativo periférico de células gigantes entre ambos maxilares, aunque en su mayoría se originan por delante de la zona molar permanente. Estudios clínicos sugieren que las mujeres se ven afectadas por lo menos con una frecuencia doble a la masculina. Si bien análisis presentados indican que aparece en promedio alrededor de los 30 años, es posible hablar de esta lesión en niños pequeños y en personas dentadas y desdentadas de edad avanzada.

ANALISIS CLINICO DE UNA SELECCION DE CASOS DE GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES PUBLICADOS.

	Nº casos	M	sexo	F	Edad X
1º estudio	41	32%	68%		4º decada
2º estudio	125	41%	59%		41-45 años
3º estudio	31	29%	71%		33 años

Presentación clínica y distribución del
Granuloma reparativo de células gigantes

		Nº	%
Total casos		31	100
Varones		9	29
Promedio en años	24		
Límites cronológicos	> 10 años	3	
	11 - 20	2	
	21 - 30	0	
	31 - 40	0	
	41 - 50	2	
	51 - 60	1	
	61 - 70	0	
	70	0	

Mujeres

Promedio en años

36

Límites cronológicos	> 10 años	2	
	11 - 20	3	
	21 - 30	4	
	31 - 40	5	
	41 - 50	3	
	51 - 60	4	
	61 - 70	0	
	70	1	

Localización

Encía superior		16	55
Segmento :	1 - 3	7	
	4 - 5	6	
	6 - 8	3	
Encía inferior		13	45
Segmento :	1 - 3	5	
	4 - 5	6	
	6 - 8	2	

Características histológicas

El aspecto microscópico de la lesión de células gigantes es único. Consiste en una masa no encapsulada de tejido, interrumpido por un estroma de tejido conjuntivo reticular y fibrilar delicado, que contiene grandes cantidades de células conjuntivas jóvenes ovoides o fusiformes y células gigantes multinucleadas. Estas semejan en algunos casos osteoclastos y en otros casos son mucho mayores que el osteoclasto típico. Los capilares son muy venosos, en particular alrededor de la periferia de la lesión y, algunas veces cabe hallar células gigantes en la luz de dichos vasos. También constituyen rasgos característicos los focos hemorrágicos, con la liberación de hemosiderina y su consiguiente ingestión por los fagocitos mononucleares, y la infiltración celular inflamatoria. A menudo se encuentra espícula de osteoide o hueso neoformado esparcidas por toda la lesión fibrosa vascular y celular.

Etiología

Nunca fué establecido el origen de las células gigantes. Aunque su semejanza con los osteoclastos es a veces notable, rara vez se le ve desempeñar la función de reabsorción normalmente adscrita a esas células. Algunos investigadores han sugerido que estas células pueden derivar de las células gigantes en proliferación vinculadas a la reabsorción de las raíces de los dientes primarios. Así suponen que la lesión está asociada a la transición entre la dentición primaria y la permanente. Lamentablemente, tal asociación de lesiones solo se da en algunos casos, pese a que el tumor es bastante común en los jóvenes. Dicha teoría podría explicar el predominio de la lesión por delante de la zona molar.

Ha sido considerable el apoyo obtenido en favor de la teoría que propone el origen como las células gigantes de los capilares. En realidad hay bases para dicha idea, la principal

de las cuales es el hazazgo frecuente de células gigantes en los conductos vasculares, lo cual sugiere que se forma allí por fusión de las células endoteliales. Esto hizo pensar a estudiosos anteriores que se trataba de una lesión maligna, metastizante y le aplicaron la denominación de "sarcoma de células gigantes" o, en algunos casos, "sarcoma mieloide".

Características radiográficas

La radiografía puede presentar o no evidencias de involucración del hueso subyacente. En la zona desdentada esta lesión muestra una erosión ósea superficial. Cuando el tumor se genera en una zona donde existen dientes, la radiografía puede revelar una destrucción superficial del margen alveolar o de la cresta del hueso interdental, pero esto no siempre se encuentra presente.

Tratamiento

Consiste en la extirpación quirúrgica, con cuidado de remover la base íntegra de la lesión. Si solo se lleva a cabo una excisión superficial, se verá en algunos casos una pronta recidiva. En tiempos pasados era una práctica común la eliminación de los dientes adyacentes en el momento de la excisión del granuloma para prevenir las posibles residivas. Esto está contraindicado, por lo menos inicialmente, ya que la proporción de recidiva no es tan alto como en algún tiempo se pensó. Aún más, la eliminación de un diente vinculado a la lesión de la cual se supone que sea un granuloma reparativo de células gigantes, resultaría embarazosa si luego se comprobaba que se trataba de otro tipo de lesión.

TUMOR DEL EMBARAZO
(Granuloma Grávidum)

Los tumores del embarazo consisten en zonas de hipertrofia gingival. No es un neoplasma, sino una respuesta inflamatoria a la irritación local.

Localización

Suelen localizarse cerca de las papilas interdientarias aunque pueden aparecer en otras zonas de irritación.

Características clínicas

Su color varía de rojo púrpura a azul profundo según la irritación de la lesión, el grado de éxtasis venosa y el tamaño del pedículo. El síntoma más frecuente y el más importante es la hemorragia. Si hay úlceras suelen obedecer al traumatismo producido por la masticación.

Es raro observar destrucción ósea. Su tamaño varía notablemente, desde una lesión pequeña a una tan grande que impida el habla y la masticación. La superficie puede ser lisa o lobulada.

A menos que presenten una infección secundaria estas lesiones son indoloras.

Se suele presentar después del 3^o mes de embarazo, pero es posible que aparezca antes. Su frecuencia es de 1.8 a 5 % de las mujeres embarazadas; y aparece más en multíparas que en primíparas.

ETIOLOGIA

Se consideran responsables de dichos cambios ciertas alteraciones hormonales y vasculares, unidas a factores irritativos locales

Según opinión de algunos autores, el embarazo no puede considerarse factor etiológico primario sino simplemente un factor condicionante. Estas alteraciones de la encía son más frecuentes en mujeres embarazadas con higiene oral defectuosa.

Características Histológicas

Esta tumoración se compone de una masa central de tejido conectivo cuya periferia está cubierta de epitelio escamoso estratificado. El tejido conectivo cuenta con numerosos capilares engorgitados neoformados, tapizadas por células epiteliales cuboideas. Entre los capilares hay un estroma moderadamente fibroso que presenta diversos grados de edema e infiltrado leucocitario. El epitelio escamoso leucocitario se haya engrosado y tiene brotes epiteliales pronunciados.

El epitelio basal manifiesta un cierto edema intracelular y extracelular; hay puentes intercelulares prominentes e infiltración leucocitaria. La superficie del epitelio generalmente es queratinizada, con una zona superficial de inflamación aguda.

Tratamiento

A no ser que se haya producido fibrosis, los tejidos vuelven a su estado normal después del embarazo. Es por esta razón que la extirpación quirúrgica no es necesaria. Esta se indica solo cuando el tumor, por su tamaño o localización es fácilmente traumatizado produciendo dolor y hemorragias frecuentes.

Toda excisión de tejido sin la total eliminación de irritantes locales irá seguida de una recidiva.

En embarazos posteriores puede haber recidiva en el mismo lugar.

HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA
(Papilematosis)

Es una lesión que se limita básicamente al paladar de personas con dentaduras mal ajustadas.

Etiología

La gran mayoría de estas lesiones se observan en pacientes que han usado dentaduras desajustadas por mucho tiempo. Se ha calculado que del 2 al 12% de los pacientes que utilizan dentadura postiza presentan una hiperplasia papilar. El hecho de que la lesión puede desaparecer completamente tras la separación de las dentaduras o la colocación de unas nuevas, apoyaría una etiología local. No obstante, en algunas ocasiones se ha demostrado clínicamente y microscópicamente la presencia de esta hiperplasia en pacientes que poseen todas sus piezas dentarias y que nunca han utilizado ningún tipo de prótesis.

Esta circunstancia, sumada al hecho de que numerosos pacientes con dentaduras antihigiénicas y mal adaptadas no presentan hiperplasia papilar, sugiere la existencia de otros factores predisponentes hasta ahora desconocidos.

Se ha propuesto que la causa primaria de la hiperplasia papilar es la irritación causada por el roce de una base de dentadura mal adaptada, la colocación defectuosa habitual de la misma por el paciente o la escasa adaptación de la lengua al paladar en aquellos casos que no utilizan prótesis.

Características clínicas

Suele limitarse a la bóveda del paladar duro, adoptando con frecuencia el relieve bien definido correspondiente a la dentadura. En algunos casos se extiende hasta cubrir una zona grande de la mucosa palatina. También puede ascender siguiendo la incurvación lingual del surco alveolar o, aunque raras veces llegar hasta la cresta del reborde en la cara bucal. Alteraciones semejantes se observan en pacientes que han usado durante largo tiempo dentaduras parciales "de aleta" con fines temporales. Existen casos raros en pacientes sin piezas dentarias o en individuos que nunca han usado dentadura postiza.

Suele ser una lesión asintomática, si bien algunos pacientes se quejan de dolor y molestias leves. El roce puede dar lugar a hemorragias minúsculas, y clínicamente la lesión aparece más enrojecida que el tejido circundante. La zona afectada contiene numerosas elevaciones polipoides, y los nódulos que forman la lesión suelen tener un diámetro menor de 1 mm, aunque tienden a unirse hasta formar una placa. Los pólipos individualizados se aprecian mejor dirigiendo un chorro de aire hacia la lesión o pasando por un lado un instrumento explorador.

La incidencia de esta lesión entre la población es difícil de determinar. En un estudio se comprobaron 125 casos de hiperplasia papilar entre 3000 pacientes que acudieron para examen de rutina de sus prótesis: 109 de estos usaban dentadura completa en la arcada superior, 11 tenían prótesis parcial superior y 5 no habían empleado nunca dentadura postiza.

Los pacientes que habían usado prótesis lo habían hecho por un periodo de 2 a 30 años, siendo el promedio de 6. En el

80% de estos pacientes la lesión estaba limitada al paladar duro. Se observó infección palatina y lingual en el 31%.

Características histológicas

El corte histológico de la papilomatosis muestra numerosas proyecciones verticales diminutas, compuestas por epitelio pavimentoso estratificado de tejido conjuntivo. En algunas ocasiones se ha observado hiperqueratosis y disqueratosis. Casi siempre existen grados variables de infiltración celular inflamatoria en el tejido conjuntivo.

Tratamiento

No existe una terapéutica bien reconocida y aceptada para esta afección. Ha sido sugerida la interrupción del uso de las dentaduras mal adaptadas y la construcción de dentaduras nuevas con o sin remoción de tejido excedente, dependiendo del tamaño.

HIPERPLASIA SEUDOEPITELIOMATOSA

Se trata de una respuesta bastante frecuente y exuberante del epitelio bucal a irritación crónica en la cual los clavos interpapilares se extienden en forma irregular profundamente dentro del tejido conectivo subyacente. Puede ser muy manifiesta la formación de perlas queratínicas, pero no hay otro tipo de atipia celular característica del carcinoma. La infiltración neutrófila alrededor de los clavos alargados también es prominente, en contraste con el carcinoma. Los cortes pueden mostrar acúmulo de células epiteliales en la profundidad de la lesión, pero no parecen depender del plano de la sección, a lo largo de clavos estrechos y largos, sin invasión neoplásica verdadera. Clínicamente las lesiones muestran hiperplasia pseudoepiteliomatosa que puede no distinguirse de un carcinoma epidermoide; el patólogo que diagnostica la biopsia ha de estar muy familiarizado con la existencia de este tipo raro de hiperplasia epitelial, relativamente frecuente en la cavidad bucal y procede a evitar cirugías y radiaciones innecesarias. Incluso así, la diferenciación de la lesión no siempre resulta fácil, y patólogos con experiencia pueden dudar para decidir si una lesión determinada corresponde a este cambio o de hecho es un carcinoma.

Hay dos lesiones bucales (el mioblastoma lingual de células granulosas y el queratoacantoma del labio) que también muestran característicamente hiperplasia pseudoepiteliomatosa a lo largo de la periferia de la lesión, y los errores de diagnóstico en los cuales estas lesiones se identifican equivocadamente como carcinoma, desafortunadamente no son raros. Es estudio de la biopsia que incluya toda la lesión, los datos precisos de la historia y los aspectos clínicos de la lesión, pueden ayudar mucho al patólogo para reconocer la hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

Este cambio puede también observarse en el épulis fisurado. Como otras hiperplasias inflamatorias, la hiperplasia pseudoepiteliomatosa cura por extirpación local, siempre que también se elimine el irritante crónico que inició el proceso.

FIBROMA

Características clínicas

El fibroma se presenta como una lesión sobresaliente, de color normal, con una superficie lisa y sésil o, a veces pedunculado, puede ser bastante pequeño o, en ocasiones raras alcanzar varios milímetros de diámetro. Por proyectarse sobre la superficie este tumor a veces se irrita o inflama y hasta presenta una ulceración superficial. Casi siempre se trata de una lesión bien definida, de crecimiento lento, que se produce a cualquier edad pero es más común en la 3^o, 4^o y 5^o década. Aunque puede presentarse en una diversidad de localizaciones, son más frecuente en la encía, mucosa vestibular, lengua, labios y paladar.

La consistencia del fibroma puede ser firme y resiliente o blanda y esponjosa, por lo cual se emplean los términos de "fibroma duro" y "fibroma blando". Tales términos no tienen significación alguna, pues es escasa la correlación entre la consistencia y el aspecto histológico de la lesión.

Características histológicas

El fibroma consiste de fibra colágena entrelazada, entremezcladas con cantidades variables de fibroblasto o fibrocito y pequeños vasos sanguíneos.

La superficie de la lesión está recubierta por una capa de epitelio pavimentoso-estratificado, que a menudo se muestra estirado y con un acortamiento o acoplamiento a sus prolongaciones.

Si se hubiera producido un traumatismo de los tejidos se observarían vasodilatación, edema e infiltración inflamatoria. En algunos fibromas se encuentran zonas de calcificación difusa o focal y hasta de osificación, principalmente en los ubicados en la encía.

Tratamiento

El tratamiento del fibroma es una extirpación quirúrgica por medio de una incisión curva en el tejido normal alrededor del tumor. Los bordes de la herida resultante pueden requerir su separación en cierta extensión para permitir la coaptación de los bordes por suturas no reabsorbibles.

Los fibromas no recidivan cuando se logra la escisión completa que incluya la base.

Presentación clínica y distribución del fibroma bucal

		Nº	%
Total de casos	Promedio	217	100
Varones		85	41
promedio de años	43		
límites cronológicos	> 10 años	2	
	11 - 20	7	
	21 - 30	11	
	31 - 40	16	
	41 - 50	15	
	61 - 70	12	
	70	1	

	Nº	%
Mujeres	128	59
Edad promedio de años43		
Límites cronológicos		
>10 años	2	
11 - 20	10	
21 - 30	26	
31 - 40	24	
41 - 50	31	
51 - 60	22	
61 - 70	12	
70	1	

Localización

Encía superior	
Segmento:	
1-3	12
4-5	4
6-8	5

Encía inferior	
Segmento:	
1-3	1
4-5	4
6-8	7

Faladar	23	13
Lengua	23	13
Labio	26	14
Mucosa vestibular	64	95

EPULIS FISURADO

Una de las reacciones más comunes a la dentadura mal adaptada está dada por la aparición de una hiperplasia de los tejidos a lo largo de los bordes de la dentadura. Dicha hiperplasia de la mucosa bucal no está restringida a esa localización, sino que se produce en muchas zonas de irritación o ulceración en la base del pliegue en el cual calza la dentadura. La lesión es bastante firme a la palpación.

Características histológicas

La masa hiperplásica está compuesta por un tejido conjuntivo fibroso excesivo, cubierto por una capa de epitelio pavimentoso estratificado que puede tener un espesor normal o mostrar una ligera acantosis. El tejido conjuntivo consiste principalmente de gruesos haces de fibra colágena con pocos fibroblastos o vasos, a menos que exista una activa reacción inflamatoria. Tal reacción es frecuente, empero, en la base de la fisura, adyacente al flanco de la dentadura, en especial si el tejido está superficialmente ulcerado.

Tratamiento y pronóstico

La corrección del épulis de fisura se logra cortando el pliegue, si es pequeño, o haciendo una disección submucósica cortando para desarrollar un colgajo y entonces hacer una excisión submucósica de los tejidos de cicatrización. El colgajo se sutura al periostio de manera de no perder la altura vestibular.

En caso de cicatrización ancha, de herida, por avulsión o laceración, el método descrito fracasará debido a la recurrencia de extensa contracción que disminuye aún más la altura del vestíbulo. En estos casos se corta el épulis, se extiende el vestíbulo supraperióstico, y se coloca un injerto palatino mucósico libre.

Después de extirpado se procede a colocar nueva dentadura o revasar la existente para brindarle una adecuada retención. Si se reemplaza o repara la dentadura, la lesión no recidivará.

PULPITIS CRÓNICA HIPERPLÁSICA
(ICLI C PULPAR)

Esta forma de afección pulpar crónica es bastante común y se presenta crónica desde un principio o como etapa crónica de un pulpitis aguda previa.

Características clínicas

Es en esencia una proliferación de tejido pulpar inflamado. Se produce en forma casi exclusiva en niños y adultos jóvenes, y afecta a los dientes con grandes cavidades abiertas de caries. La pulpa así afectada se muestra como un glóbulo rojo o rosado de tejido que protruye a la cámara pulpar y que a menudo llena la cavidad por completo. Como el tejido hiperplásico contiene pocos nervios es relativamente insensible a la manipulación. La lesión puede o no sangrar con facilidad lo que depende del grado de vascularización del tejido.

Los dientes más comunmente afectados por este fenómeno son los primeros molares permanentes. Tienen un gran aporte sanguíneo a causa de la gran abertura apical, lo cual se suma a la elevada resistencia y capacidad de reacción de los tejidos en la persona joven, lo que explica la capacidad proliferativa desusada del tejido pulpar. A veces, el tejido gingival adyacente a un diente cariado y destruido puede proliferar hacia adentro de la cavidad y semeja un caso de pulpitis hiperplásica. En tales casos se puede hacer una distinción mediante un examen cuidadoso de la masa del tejido para determinar si la conexión es pulpar o gingival.

Características histológicas

El tejido hiperplásico es fundamentalmente tejido de granulación integrado por pulpa conjuntiva delicada entremezclada con cantidades variables de pequeños capilares. La inflamación celular, principalmente linfocitos y plasmocitos, mezclados algunas veces con leucocitos polimorfonucleares, es común. En algunos casos se destaca la proliferación fibroblástica y endotelial.

El tejido de granulación por lo general se epiteliza como resultado de la implantación de células epiteliales en la superficie. El epitelio es de tipo pavimentoso estratificado y se asemeja mucho a la mucosa bucal, aún al punto de formar prolongaciones bien desarrolladas. Se piensa que las células injertadas son células normalmente descamadas llevadas hasta la superficie de la pulpa por la saliva. En algunos casos, la mucosa vestibular puede rozar con la masa de tejido hiperplásico y producirse un trasplante directo de células epiteliales.

Debe tomarse en cuenta que la reacción hística es una hiperplasia inflamatoria y que no difiere de la hiperplasia inflamatoria de cualquier otro punto de la cavidad bucal o del organismo.

Tratamiento

La pulpitis crónica hiperplásica puede persistir como tal por muchos meses y aún años; no es un estado reversible y puede tratarse por extirpación de la pulpa o extracción del diente.

PAPILOMA

Es una tumoración benigna común que se origina en el epitelio superficial.

Características clínicas

Es una proliferación exofítica constituida por numerosas prolongaciones dactiliformes pequeñas, que dan por resultado una lesión de superficie irregular verrugosa en forma de "coliflor". Casi siempre se trata de un tumor pedunculado bien circunscrito, a veces sésil. En boca se le hayará más comúnmente en lengua, labios, mucosa vestibular, encía y paladar, en particular en la zona adyacente a la úvula.

La mayoría de los papilomas alcanzan unos pocos milímetros de diámetro, pero se puede hayar lesiones de varios centímetros. Estas proliferaciones se producen a cualquier edad y se les ve aún en niños pequeños.

Características histológicas

El aspecto microscópico de la lesión es bastante característico y consiste en numerosas prolongaciones dactiliformes, largas y delgadas, que se extienden sobre la superficie de la mucosa, cada una constituida por epitelio pavimentoso estratificado y que contiene un núcleo central estrecho de tejido conjuntivo que encierra los vasos nutritivos.

Algunos papilomas presentan una marcada hiperqueratosis,

aunque esta comprobación es probablemente secundaria con respecto a la localización de la lesión, a la cantidad de trauma, irritación o fricción a la cual hayan estado sometidas. El rasgo esencial es una proliferación de las células espinosas en un patrón papilar; el tejido conjuntivo presente es estroma de sostén. La presencia de células inflamatorias crónicas puede variar.

Tratamiento

Consiste en una excisión incluyendo la base de la mucosa en la cual se inserta el pedículo. La remoción nunca se practicará mediante incisión a través del pedículo.

Si se realiza una excisión adecuada la recidiva es rara. La posibilidad de degeneración maligna en el papiloma bucal no es grande, aunque la fijación de la base o induración sobre los tejidos más profundos ha de ser siempre considerada con sospecha.

REPORTE DE CASOS CLINICOS

REPORTE DE CASOS CLINICOS

PRIMER CASO: GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES

Datos personales del paciente

Nombre: G.A.M.A.

Sexo: Masculino

Edad: 12 años

Lugar de residencia: Barrio México

El paciente fué referido al Servicio Buco-Máxilo-Facial del Hospital México por el Dr. Chacón de la Clínica Clorito indicado por tener un "Tumor en región anterior de la boca que sangra y duele al comer."

Historia Médica y Dental

Antecedentes patológicos personales: Negativo

Antecedentes patológicos familiares: Negativo

Antecedentes quirúrgicos: Negativo

Clínicamente se observa tumoración en el maxilar inferior en región de premolares derechas, de consistencia firme, pedunculado, color rojizo y que sangra con facilidad a la palpación.

Exámen radiográfico

Condición ósea normal, no hay reabsorción. Se observa pieza dental (que clínicamente no se observa por estar cubierta por la lesión).

Exámen de laboratorio

El exámen de sangre estaba bajo límites normales.

Material y equipo utilizado

- 1- Jeringa, carpul y aguja
- 2- Pinzas de Allis
- 3- Cureta de Molt
- 4- Electrocuterio
- 5- Suctor y gaza.

Tratamiento

- 1- Aislamiento del campo quirúrgico
 - 2- Se anestesia localmente en los alrededores de la lesión.
 - 3- Se sujeta y levanta la tumoración con unas pinzas de Allis y se va realizando la excisión con una Cureta de Molt. Una vez eliminada se curetea la zona para evitar que la lesión recidive.
 - 4- Se presiona la zona con gaza por unos minutos para controlar el sangrado y luego se electrocauteriza los sitios sangrantes.
 - 5- Para proteger la herida se le pone una pasta quirúrgica sobre esa zona.
- Receta: se le manda solamente analgésico (M 347) por si resultaba necesario.
- Se le dan las indicaciones post-quirúrgicas.

- Se le dió cita para control a los 8 y 15 días después de la operación en los cuales se encontró muy buena evolución y se le dió de alta en el servicio.

Informe de patología

DESCRIPCION: Fragmentos de tejido de color blanquecino con áreas hemorrágicas que mide un centímetro de diámetro.

EXAMEN HISTOLOGICO: Muestra constituida por tejido conectivo y epitelio plano estratificado con área ulcerada. Dentro del estroma se observa una extensa hemorragia e inflamación a base de polimorfonucleares y gran cantidad de células gigantes multinucleadas.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO: Granuloma de células gigantes ulcerado de la encía.

SEGUNDO CASO: GRANULOMA HIGIENO

Datos personales del paciente

Nombre: A.A.P.Z.

Sexo: masculino

Edad: 18 años

Lugar de residencia: Guatuso de San Carlos

El paciente fué referido de la Clínica de San Carlos al Servicio Buco-Máxilo-Facial del Hospital México por presentar: "Abultamiento de apariencia fresada y de color blanco amarillento entre las piezas $\overline{15}$ y $\overline{17}$.

Historia Médica y Dental

Antecedentes patológicos personales: Negativo

Antecedentes patológicos familiares: Negativo

Antecedentes quirúrgicos: Negativo

Clínicamente se observa tumor pedunculado, de color blanco amarillento, consistencia firme, muy hemorrágico y que recubre tanto por vestibular como por lingual las piezas $\overline{15}$, $\overline{17}$ y el espacio edéntulo correspondiente a la 1^o molar.

Examen radiográfico

En las radiografías periapicales se observa reabsorción ósea marcada a nivel de la raíz mesial de la pieza $\overline{17}$ y de la raíz distal de la pieza $\overline{15}$, llegando la reabsorción a un nivel del tercio apical de dichas raíces.

Exámen de laboratorio

El exámen de sangre estaba bajo límites normales.

Tratamiento

- La excisión de la lesión se realiza con anestesia general.
- El paciente se anestesia con N 20 Nesdonal. Además se le pone anestesia local en los alrededores de la hiperplasia para lograr vasoconstricción.
- Se sujeta la tumoración con unas Finzas de Allis y con una Cureta de Molt se va realizando la excisión. Una vez eliminada se curetea la zona para evitar recidiva. Se presiona con gaza y se electrocauterizan los puntos sangrantes. Se sutura con seda 3-0 aproximando los bordes lo más posible.
- Se manda la lesión a biopsia.

Informe de Patología

Especimen enviado: tejido alveolar de encías.

Descripción: Fragmento color pardo amarillento, consistencia dura elástica que mide 2 x 1.5 x 1 cm. de cuya superficie se aprecia fragmento de tejido blanquecino.

Exámen histológico: Tiene epitelio plano estratificado con áreas engrosadas y otras de ulceración extensa en cuya superficie se aprecia fibrina y abundante exudado inflamatorio agudo; por debajo del cual tiene tejido de granulación exuberante con intersticio edematoso. Por debajo de este tejido de granulación exuberante con intersticio edematoso hay fibrosis y pequeña área con cavidad revestida por epitelio estratificado, a veces vacuolado que probablemente corresponda a quiste dental.

Diagnóstico Patológico: GRANULOMA FIGGENO.

TERCER CASO: TUMOR DEL EMBARAZO

Datos personales de la paciente

Nombre: J.C.L.
Sexo: femenino
Edad: 26 años
Lugar de residencia: Heredia

La paciente fué referida de la Clínica Central de Heredia al Servicio Buco-Máxilo-Facial del Hospital México por presentar: "Crecimiento gingival a nivel de 4,3 por lingual cuyo tiempo de evolución es de 22 días."

Historia Médica y Dental

Antecedentes patológicos personales: Negativo
Antecedentes patológicos familiares: Negativo
Antecedentes quirúrgicos: Negativo

Clínicamente se observa tumoración en región lingual a nivel de piezas 4 y 3, de color rojo amarillento pedunculado, su superficie lobulada y que sangra fácilmente a la palpación.

Examen radiográfico

Radiográficamente no se ve ninguna alteración ósea.

Examen de laboratorio

Exámen de sangre bajo límites normales.

Materiales y equipo utilizado

- 1- Jeringa, Curcul y aruja
- 2- Pinzas de Allis
- 3- Cureta de Molt
- 4- Electrocauterio
- 5- Suctor y gaza.

Tratamiento

- 1- Aislamiento del campo quirúrgico.
- 2- Se anestesia localmente en los alrededores de la lesión.
- 3- Se sujeta y levanta la tumoración con unas pinzas de Allis y se va realizando la excisión con una Cureta de Molt. Una vez eliminada se curetea la zona para evitar que la lesión recidive.
- 4- Se presiona con gaza por unos minutos para controlar el sangrado y luego se electrocauterizan los puntos sangrantes.

- Receta: se le manda solamente analgésico (M 347) por si resulta necesario.

- Se le dan las indicaciones post-quirúrgicas.

- Se le dió cita de control a los 8 y 15 días después de la operación en las cuales se encontró buena evolución y se le dió de alta en el servicio.

Informe de Patología

DESCRIPCION: Fragmento de tejido que mide 1 x 0.5 x 0.5 cm.

Diagnóstico patológico: Tumor del embarazo.

CUARTO CASO: GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIANTES

Datos personales del paciente:

Nombre: C.L.E.A.

Sexo: femenino

Edad: 26 años

Lugar de residencia: San Ramón de Alajuela

La paciente fué referida al Servicio Buco-Máxilo-Facial del Hospital México por el Dr. Soto de la Clínica de San Ramón por presentar: "Hiperplasia gingival en hemiarcada superior derecha."

Historia Médica y Dental

Antecedentes patológicos personales: Negativo

Antecedentes patológicos familiares: Negativo

Antecedentes quirúrgicos: Negativo

Clínicamente se observa tumoración con dos lóbulos de un diámetro aproximado de un cm. cada uno. Lesión sésil de superficie lisa y consistencia firme. Es indolora y de color normal.

Exámen radiográfico

El exámen radiográfico muestra una condición ósea normal.

Exámen de laboratorio

Exámen de sangre bajo límites normales

Material y equipo utilizado

- 1- Jeringa, carjul y aguja
- 2- Pinzas de Allis
- 3- Cureta de Molt
- 4- Electrocauterio
- 5- bisturí
- 6- Suctor y gaza

Tratamiento

- 1- Aislamiento del campo quirúrgico
- 2- Anestesia local en los alrededores de la lesión
- 3- Se sujeta y levanta la tumoración con unas pinzas de Allis y con el bisturí se realiza la excisión de una de las lesiones, luego de la otra.
- 4- Una vez eliminadas se curetea la zona para evitar la recidiva.
- 5- Se presiona la zona por unos minutos con gaza y luego se pone electrocauterio en los sitios sangrantes.

Receta: Se le manda solamente analgésico (M 347) por si resulta necesario.

- Se le dan las indicaciones postquirúrgicas .

- Se le dió cita de control a los 8 y 15 días después de la operación en las cuales se encontró buena evolución y se le dió de alta en el servicio.

Informe de patología

DESCRIPCIÓN: Se reciben los fragmentos de tejido de superficie nodular blanquecina, al cortar con zonas hemorrágicas, el mayor de 1 cm. de diámetro y se sienten zonas de mayor consistencia.

EXAMEN HISTOLÓGICO: Muestra constituida por epitelio plano estratificado superficial que recubre una lesión formada por abundantes células gigantes multinucleadas, tejido conectivo, macrófagos, con hemosiderina y en la porción central formación de espículas óseas.

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: Granuloma de células gigantes con centro osificado de mucosa oral.

BIBLIOGRAFIA

- Bácker, S.N.: Patología Bucal. Segunda Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
- Correa, Delgado: Texto de Patología. Segunda Edición, Editorial Interamericana, México, 1979.
- Dechaume, Michael: Estomatología. Editorial Toray-Masson, S.A., España, 1969.
- Glikman, Irving: Periodontología Clínica. Cuarta Edición, Nueva Editorial Interamericana, México, 1974.
- Gerlin, Robert: Patología Oral. Editorial Salvat, España, 1973.
- Kruger, G.: Tratado de Cirugía Bucal. Cuarta Edición, Editorial Interamericana, México, 1980.
- Lynch, Malcolm: Medicina Bucal. Séptima Edición, Editorial Interamericana, México, 1980.
- Meyer, W.: Tratado General de Odonto-Estomatología. Editorial Alhambra S.A., Madrid, 1967.
- Richard E.: Unusual epithelial proliferation: Primary pseudoeitheliomatous hyperplasia. J. Oral Surgery, 47 (5).
- Robbins, S.: Texto de Patología. Segunda Edición, Editorial Interamericana, México, 1979.
- Thoma, Kurt: Estomatología. Tercera Edición, Salvat Editores S.A., Madrid, 1962.
- Tiecke, Richard: Fisiología Bucal. Editorial Interamericana, México, 1960.
- Velázquez, Tomás: Anatomía Patológica. Editorial La prensa médica mexicana, México, 1963.
- Yutaka Yamaoka: Pyogenic Granuloma of the tongue. The Bolletín of Tokio Dental College, 18(4), november, 1977.